

宮崎県で精神科訪問看護を実施する看護師の困難な状況への対処

キーワード：精神科訪問看護，看護師，困難な状況への対処

葛島慎吾¹⁾ 川村道子¹⁾ 梅原敏行²⁾

1) 宮崎県立看護大学 2) 訪問看護ステーションおあふ

I. はじめに

近年、「精神障害者を地域で支える」という考えに基づき、国や宮崎県（以下、本県）の施策が示され、精神障害者の地域生活を支える取り組みが進められている。このうち、精神科訪問看護は重要な支援の1つであり、診療報酬の改定など体制の整備が進められている。例えば、2020年度の診療報酬改定では、「機能の全体的評定尺度（Global Assessment of Functioning Scale）による評価の要件化」「訪問した職種が分かる区分の新設」「複数名での精神科訪問看護時の理由記載の追加」といった見直しが行われた（厚生労働省, 2020）。この見直しにより、適切かつ効果的な精神科訪問看護の提供を推進するために、利用者の状態把握を行うことが強調された。

一方で、精神科訪問看護を実施する看護師は様々な困難さを抱えている（葛島, 2019）。特に、本県で精神科訪問看護を実施する看護師は、表1のように精神科訪問看護の導入や看護過程展開、精神科訪問看護の質向上のための人材ネットワークや教育体制の構築、地域住民による精神障害者への偏見等に関する困難な状況を抱えていることが明らかになっている（葛島, 川村, 2021）。この結果は、全国で精神科訪問看護を実施する看護師の困難さと同様であったが、人的資源や教育機会が少ない本県の看護師はより困難な状況にあると考える。

表1 精神科訪問看護を実施する看護師の困難な状況

利用者や家族が、訪問看護でのケアのイメージを持たず、精神科訪問看護の導入がうまくいかない
訪問看護の機会に、利用者の状況を捉えて看護過程を展開しなければならない
精神科訪問看護におけるケアの質向上に資する考えの共有を可能にする人材ネットワークが作られにくい
精神科訪問看護におけるケアの質を高めるために十分な教育体制が整備されていない
利用者と家族が地域で力を発揮して生活するための地域の受け入れが十分でない

このように、精神科訪問看護を実施する看護師は様々な困難さを抱えながら、日々の実践に向かっている。そして、とりわけ、本県の精神科訪問看護を実施する看護師は、意見共有の機会が少ないという自覚がありながらも、各施設の考えや看護師個々の判断に基づいて日々の実践に向かっていると考えられる。

II. 研究目的

以上を踏まえ、本研究は、本県で精神科訪問看護を実施する看護師が困難な状況にどのような対処をしているのかを明らかにすることを目的とする。

本研究を通して、看護師が十分に困難な状況に対処できているか検討し、今後、看護師個々および施設内外で必要な取り組みについて示唆を得ることができると考える。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的デザイン

2. 研究参加者

本県で精神科訪問看護を実施する看護師とした。

3. データ収集期間

2021年10月～2022年8月

4. 研究参加者へのアクセス

研究者の個人ネットワークもしくはスノウボール・サンプリングを活用して、県北、県央、県西、県南それぞれの精神疾患を持つ利用者の訪問を実施する訪問看護ステーション・精神科病院の訪問看護部門の看護師に研究依頼を行った。

5. データ収集方法

- 1) インタビューガイドを用いた半構造化インタビューを60分程度実施した。
- 2) インタビューでは、研究参加者の基本情報(年代、看護経験年数、精神科看護経験年数、訪問看護経験年数、精神科訪問看護経験年数)および先行研究(葛島, 川村, 2021)で明らかにした精神科訪問看護を実施する看護師の困難な状況(表1)を挙げて、それらに対して看護師がどのような対処をしているのか聞き取った。
- 3) インタビューで語られた内容は、研究参加者の同意を得てICレコーダーにて録音し、逐語録に変換した。

6. データ分析方法

- 1) 逐語録を精読し、研究参加者の語りにおける精神科訪問看護師の困難な状況への対処に関する文脈から意味内容を捉えてコード化した。
- 2) コードの共通性・相違性を吟味し、カテゴリー化した。
- 3) 分析の真実性確保のため研究者間で分析内容を検討した。

7. 倫理的配慮

本研究は、宮崎県立看護大学研究倫理委員会の承認を得て実施した(第03-14号)。なお、研究参加者に対して、研究への協力は自由意思に基づき、研究に協力しない場合でも何の不利もないこと、同意撤回ができることを説明した上で同意書を交わした。また、得られたデータは個人情報を匿名化し厳重に管理した。

IV. 結果

1. 研究参加者の背景

研究参加者は男性1名、女性4名の計5名で、年代は30代が1名、40代が2名、50代が1名、60代が1名であった。看護経験年数は平均21.4年、精神科看護経験年数は平均10.9年、訪問看護経験年数は平均4.8年、精神科訪問看護経験年数は平均3.1年であった。

2. 研究参加者の語りの分析過程

本県で精神科訪問看護を実施する看護師の困難な状況への対処について、逐語録を精読し、コード化、カテゴリー化を行ったところ50コードから、18カテゴリーが抽出された。以下、看護師の困難な状況を『 』、看護師の語りを“ ”、コードを< >、カテゴリーを【 】、として、最もカテゴリー数が多い『訪問看護の機会に、利用者の状況を捉えて看護過程を展開しなければならない』状況への看護師の対処を例に分析過程を詳述する。

まず、逐語録を精読し、インタビュー内容における精神科訪問看護師の困難な状況への対処に関する文脈から意味内容を捉えてコード化していった。例えば、“今はまだ利用者さんのことをあまり把握できてない部分が多いので、ちょっと疑問に思ったことは先輩のスタッフの方にこの人こう、これはどうなってるんですか、みたいなことを聞きながら、情報交換をおこなってから対処というか、関わるようにしてます”といった看護師の語りは、利用者に関わる中で生じた些細な疑問をそのままにせず先輩スタッフと情報交換をすることで利用者の状況をより明確に捉えて看護過程を展開しようとする対処であると捉え、<利用者に関する疑問は些細なことでも先輩スタッフと情報交換して関わりにつなげる>とコード化した。また、利用者との関わりの中で看護師個人での判断が難しい場合に“報告して、とにかくみんなで考えてもらうようには気を配っているつもりではあります…中略…所長とかが他の社会資源に繋げる、病院とか、ケアマネさんとか、まずケアマネさんでしょうけどね、みんなで対応どうするかっていうのを検討して行って、入院に繋げるか、訪問のまま経過をみていくかとか、うん、そういう対応を取ってる”といった看護師の語りは、利用者への対応に関する判断が看護師個人で難しい場合にスタッフ全体で考えることで方向性を導き出す対処であると捉え、<利用者への対応の方向性をスタッフ全体で考えられるようにする>とコード化した。さらに、訪問看護を終えて所属施設に帰ってきた際の状況として“わりと帰ってきたら、今日何があったっていうのが、こうみんなで話し合う感じじゃなく、じゃあ、今日あの人はどうだったっていうのが、もう普通に会話で出てきて、じゃあ今度こうした方がいいとか、先生に伝えた方がいいねとか、そういうのが自然に出てくる感じで”といった看護師の語りは、日常のちょっとした場面で利用者に関する情報交換を行い、利用者の状況や看護の方向性を明確にしていく対処であると捉え、<ちょっとした会話の中で利用者に関する情報交換を行う>とコード化した。加えて、“一度情報だけ仕入れて、そこからみんなでアセスメントしなおして方向性をもってところですかね。ただ、毎回行く人が同じ人ではないので、細やかなニュアンスとかもなかなか記録物だけでは分からなかったりとかいうのもあるので、まあ、あの短期のプランとかっていうのもなかなか、この人にどういうプランでいっているのかなっていうプライマリーがいるわけではないので…中略

…みんながみんな別々でこうプランを立てて動いておられるようにみえるところもあって一応プランはちゃんと立ってるんですけど。それは誰にでも当てはまるようなプランがこう立ててあるので。なかなかどうなのかなっていうところはありますよね。こんなあの時にどうするのかって言ったら、もうとりあえずはもうみんなが集まって話し合い、こうしていきましようっていうところで、アセスメントができれば、その人が共有できる”といった看護師の語りは、利用者のアセスメントや看護計画が個別の状況に即してうまく表現できなくとも、事実としてどのようなことがあったのか情報収集しておき、検討材料としていく対処であると捉え、＜利用者の個別の状況をスタッフ全体で考えられるように情報収集しておく＞とコード化した。これら、＜利用者に関する疑問は些細なことでも先輩スタッフと情報交換して関わりにつなげる＞＜利用者への対応の方向性をスタッフ全体で考えられるようにする＞＜ちょっとした会話の中で利用者に関する情報交換を行う＞＜利用者の個別の状況をスタッフ全体で考えられるように情報収集しておく＞の4コードは、いずれも、『訪問看護の機会に、利用者の状況を捉えて看護過程を展開しなければならない』状況を看護師個々に抱えるのではなく、施設内のスタッフ全体で意見交換をすることで、利用者の状況や看護の方向性を検討していく対処であり、【施設内のスタッフ全体で利用者の状況と看護の方向性を検討する】と抽出した。

このように、他の看護師の語りについてもコード化およびカテゴリー化を進めていった。『訪問看護の機会に、利用者の状況を捉えて看護過程を展開しなければならない』状況に関しては、その他、15コードから5カテゴリーが抽出された。＜相談支援専門員から利用者の金銭管理状況の情報を得る＞＜作業所スタッフに利用者の就労中の様子を聞く＞＜ヘルパーから利用者の日常生活上の活動内容の情報を受ける＞＜利用者に関わる支援者が集まって情報交換する＞の4コードは、利用者に関わる所属施設外の支援者と情報を補い合うことで、利用者の状況をより明確に捉え、看護師としての対応の方向性を定めていく対処であると捉え、【利用者に関わる所属施設外の支援者と情報を補い合う】と抽出した。また、＜利用者の要望や意見を聞いて関わりの計画を進める＞の1コードは、施設内外で行われる利用者の支援者との情報交換や利用者との直接的な関わりを通して利用者の意見を聞き出し、関わりの計画を進める対処であると捉え、【利用者主体で関わりの計画を進める】とカテゴリー化した。＜利用者の生活環境から困りごとを探る＞＜利用者の反応から困りごとを予想して利用者の思いと重なっているか確認する＞＜利用者が困りごとを言葉に出すまで待つ＞の3コードは、利用者が置かれた環境や日々の反応から困りごとを探る対処であると捉え、【利用者の困りごとを探る】とカテゴリー化した。＜利用者をよく知る同僚にその場で電話して対応について相談する＞＜管理者にその場で連絡して対応の判断を仰ぐ＞＜自分で判断できなければ持ち帰って医師に報告する＞＜対処できないことを持ち帰って管理者に相談する＞＜利用者とのコミュニケーションが取りやすい同僚に対応を依頼する＞＜自分で判断できないことは判断しない＞の6コードは、いずれも訪問看護の現場で看護師個々では判断が難しい状況が生じた際に、無理に対応せず同僚に相談することで利用者の状況や対応の方向性に関する判断材料を得る対処であると捉え、【一人で判断が難しい中で無理に対応せず同僚から判断材料を得る】と抽出した。＜実践の結果を自分の中で分

析して再度実践をすることを繰り返す>の 1 コードは、理論やエビデンスに基づいて実践に向かうことにこだわらず経験則の範疇で根拠を持って実践を繰り返し評価していく対処であると捉え、【自分なりの根拠をもって実践を繰り返す】とカテゴリー化した。

3. 本県で精神科訪問看護を実施する看護師の各困難状況に対する対処

以上のように、コード化・カテゴリー化を行い、『利用者や家族が、訪問看護でのケアのイメージを持たず、精神科訪問看護の導入がうまくいかない』状況に対しては、【利用者の困りごとを探る】【利用者や家族が理解しやすいように訪問看護の内容を説明する】【利用者には訪問看護が脅かしにならないことをイメージさせる】【利用者のニーズに応じる姿勢を示す】の 4 カテゴリーが抽出された。

『訪問看護の機会に、利用者の状況を捉えて看護過程を展開しなければならない』状況に対しては、【施設内のスタッフ全体で利用者の状況と看護の方向性を検討する】【利用者に関わる所属施設外の支援者と情報を補い合う】【利用者主体で関わりの計画を進める】【利用者の困りごとを探る】【一人で判断が難しい中で無理に対応せず同僚から判断材料を得る】【自分なりの根拠をもって実践を繰り返す】の 6 カテゴリーが抽出された。

『精神科訪問看護におけるケアの質向上に資する考えの共有を可能にする人材ネットワークが作られにくい』状況に対しては、【利用者を取り巻く社会資源について知識を得る】【利用者のために話し合える関係者をつながる】【同僚間で利用者にとってほしい姿をすり合わせる】の 3 カテゴリーが抽出された。

『精神科訪問看護におけるケアの質を高めるために十分な教育体制が整備されていない』状況に対しては、【自己学習をする】の 1 カテゴリーが抽出された。

『利用者や家族が地域で力を発揮して生活するための地域の受け入れが十分でない』状況に対しては、【地域住民に施設名がわからないように訪問する】【地域住民と関係を築く】の 2 カテゴリーが抽出された。

なお、本研究では、ここまで記述してきた 5 つの困難な状況に加えて、『利用者の対応等を通して精神科訪問看護を実施する看護師のメンタルヘルスが不安定になりやすい』状況への看護師の対処についても語られ、【自身に生じる苦しい思いを閉じ込める】【自身が苦しい状況で生じるストレスを発散する】の 2 カテゴリーが抽出された。

このように、全分析を通して、本県で精神科訪問看護を実施する看護師が抱える困難な状況への看護師の対処として 18 カテゴリーが抽出された（表 2）。

V. 考察

本研究を通して、精神科訪問看護を実施する看護師が困難な状況で様々な対処をしていることが明らかになった。ここでは、本県で精神科訪問看護を実施する看護師が十分に困難な状況に対処できているか検討し、今後、看護師個々および施設内外において必要とされる取り組みについて考察する。

『利用者や家族が、訪問看護でのケアのイメージを持たず、精神科訪問看護の導入がうまくいかない』状況で、看護師は【利用者の困りごとを探る】【利用者や家族が理解しやすい

ように訪問看護の内容を説明する】【利用者に訪問看護が脅かしにならないことをイメージさせる】【利用者のニーズに応じる姿勢を示す】などと具体的な対処方略を持っていた。精神障害者の理解を深めていくためには、精神症状や気分の波は目に見えず、生活や行動の変化に着目する必要がある（小瀬古,2019）。特に、精神科訪問看護の導入時は、少ない情報の中でケースごとに異なる利用者の生活上の問題や緊急度などを踏まえて利用者の困りごとを探り、捉えることが求められる。したがって、本研究で明らかになった看護師の対処である【利用者の困りごとを探る】は重要なことではあるが、利用者の困りごとをより明確に把握するために、ケースごとの検討を日々続ける必要があると考える。加えて、精神科訪問看護の導入での困難な状況の中でみられた【利用者のニーズに応じる姿勢を示す】という対処では<利用者が訪問看護を受け入れるまで待つ><利用者が困っていることがなければ訪問看護導入をあえてしない>といった利用者の主体性を尊重する姿勢が示されていた。萱間（2020）は、ストレングスモデルを活用した精神科訪問看護について、利用者が休息をとれるようになり、自身のリカバリー（回復）に向けて関心をもてるようになったら、その人の選択を支持し、自信をもてるように支援していくことを記述している。利用者の身体が整った段階でそれぞれの主体性を支持し、ニーズに応じていくといった順番性が重要であるといえる。しかし、本研究で語られた看護師の対処の中で利用者のニーズに応じていくために身体の整いを優先するといったことは強調されていなかった。利用者のニーズに応じることは重要なことであるが利用者の身体の状態も含めて困りごとやニーズを捉える視点も重要であると考ええる。

『訪問看護の機会に、利用者の状況を捉えて看護過程を展開しなければならない』状況については、精神科訪問看護の導入がうまくいかない状況の対処と同様に、【利用者の困りごとを探る】【利用者主体で関わりの計画を進める】といった利用者の困りごとやニーズ、主体性を重視する対処について語られていた。また、【自分なりの根拠をもって実践を繰り返す】といった看護師個々の力量による対処もみられた。一方で、看護師個々では判断が難しい状況で、【一人で判断が難しい中で無理に対応せず同僚から判断材料を得る】【施設内のスタッフ全体で利用者の状況と看護の方向性を検討する】【利用者に関わる所属施設外の支援者と情報を補い合う】といった施設内外のスタッフとの意見交換を含む対処について多く示されていた。しかし、『訪問看護の機会に、利用者の状況を捉えて看護過程を展開しなければならない』状況で、看護師はケア内容や利用者の反応を看護の目標に照らして意味づけることに困難さを抱えているといわれている（葛島,川村,2021）。精神科訪問看護の様々な場面で施設内外のスタッフと意見交換をすることは対処として重要ではあるが、利用者や家族の状況や看護実践の意味づけをするための意見交換にしていくことでより効果的な対処となると考える。特に、地域で生活する精神障害者への看護実践は、病院看護とは違い、24時間の観察ができないため、精神科訪問看護の利用者の状況の実際と看護師の判断との間に生じるずれが可能な限り小さくなるように、利用者に関係する看護師や他職種と考えるのすり合わせをしていくことが重要であると考ええる。

『精神科訪問看護におけるケアの質向上に資する考えの共有を可能にする人材ネットワークが作られにくい』状況で語られた、【利用者を取り巻く社会資源について知識を得る】

【利用者のために話し合える関係者をつながる】【同僚間で利用者にとってほしい姿をすり合わせる】ことは、ケースを通して利用者を取り巻く関係職種と意見交換を行なうことにつながる対処であるといえる。しかし、看護師の語りの中で、関係職種のケースごとの見立てやそれぞれの専門性を活かした対応方法等の意見交換については強調されていなかった。精神科訪問看護では利用者が生活する街全体の環境によってその性質を変える(萱間, 2007)。したがって、施設外の看護師だけでなく利用者が生活する街で活動する相談支援専門員やケアマネージャー等の他職種とケースの見立てや対応の意図などまで含めた意見交換をする場が必要であると考えられる。

『利用者と家族が地域で力を発揮して生活するための地域の受け入れが十分でない』状況の解決は難しく、看護師は【地域住民に施設名がわからないように訪問する】【地域住民と関係を築く】といった対処をしていた。精神障害者に対する地域住民のスティグマへの対応に関して、池上, 岡浦, 木下(2012)は、本研究で示されていた地域住民との関係構築だけでなく、利用者を取り巻く関係職種全体で情報共有をしながら対応の方向性を定める重要性を示している。本県においても地域住民の精神障害者へのスティグマは残っており(葛島, 川村, 2021)、各ケース、各地域単位で課題を明確にし、他職種で働きかけの方向性を検討する機会が必要であると考えられる。

『精神科訪問看護において看護師のメンタルヘルスが不安定になりやすい』状況に対して、看護師は【自身に生じる苦しい思いを閉じ込める】【自身が苦しい状況で生じるストレスを発散する】といった対処をおこなっていた。看護師は利用者の対応などで生じたストレスをうまく発散できることもあれば、自身の中に閉じ込めざるをえない現状もあることが示されている。看護師のメンタルヘルスをサポートする取り組みに関しては、組織全体でメンタルヘルスマネジメントの知識を普及することが重要である(武用, 2019)。しかし、それだけではなく、精神科訪問看護を実施する看護師が確固とした看護観を持ち安定した実践に向かえることが重要であると考えられる。精神科訪問看護を実施する看護師の看護観は、病棟看護と訪問看護の違いの認識や利用者の文化への気づき、看護師自身の生活習慣の内省等を経て形成されていくことが示されている(石富, 岩隈, 2020)。このような看護観の形成のためには、多くの看護師との意見交換の中で、精神科訪問看護の実践において看護師個々が大切にしていることや疑問に思っていることを確かめる場が必要であると考えられる。近代看護の祖である Nightingale は看護師という職業について「最も幸福な人々、自分の職業を最も愛する人々、自分の人生に最も感謝の念を抱いている人々、それは私の考えでは病人の看護に携わっている人々である(薄井, 1995)」と述べている。このように、精神科訪問看護を実施する看護師としての看護観が深まる中でそれぞれの看護実践が安定することそのものが看護師のメンタルヘルスを安定させると考える。

以上を踏まえた施設内外の看護師や他職種との意見交換の場が、『精神科訪問看護におけるケアの質を高めるために十分な教育体制が整備されていない』状況で【自己学習をする】といった対処を超えた学びの機会になりうると考える。本県は、医療資源の偏在や交通網の不十分さがあり、所属施設外の精神科訪問看護を実施する看護師同士が意見共有をする機会が少ないことが推察される。しかしながら、ICTの活用などでただ意見交換の場をつくる

のではなく、ここまで記述した通り、精神科訪問看護を実施する看護師の困難な状況に十分に対処できるように場を設定していくことで、看護師それぞれが困難な状況を乗り越える力を高めることにつながると考える。

VI. 本研究の限界と今後の課題

本研究の意義は、本県で精神科訪問看護を実施する看護師の困難な状況を先行研究（葛島，川村，2021）により把握した上で、困難な状況における看護師の対処の現状を明らかにし、今後、看護師個々および施設内外で必要とされる取り組みについて提言できたことである。しかしながら、本研究の研究参加者は5名であり、経験年数による対処の違いなど本県で精神科訪問看護実施する看護師の現状を十分に把握できたとは言い難い。今後、研究者らが行なっている精神科訪問看護力向上のためのネットワーク構築事業（2021～2023年度）の中で、精神科訪問看護を実施する看護師の困難な状況への対処につながる場となることを目的とした研修会等を企画しつつ、看護師が置かれた状況を聞き取り、必要な取り組みについて検討を続けていく必要があると考える。

VII. 結論

本研究は、本県で精神科訪問看護を実施する看護師が困難な状況にどのような対処をしているのかを明らかにすることを目的に、看護師の語りを質的記述的に分析した。結果、各困難状況における看護師の対処について整理した。

これらの結果から、今後、精神科訪問看護の利用者の困りごとを明確に把握するためにケースごとの検討を日々続けること、利用者の身体状態も含めてニーズを捉える視点を持つこと、利用者に関係する看護師や他職種との意見交換の際に利用者や家族の状況および看護実践の意味づけをしていくこと、施設外の専門職ともケースの見立てや対応について意見交換をすること、精神科訪問看護を実施する看護師として看護観を深めることが必要であることが示唆された。また、以上を踏まえた施設内外の看護師や他職種との意見交換の場が本県で精神科訪問看護を実施する看護師が困難な状況を乗り越える力につながる学びの場になりうることが示唆された。

謝辞

本研究にご協力くださいました研究参加者の皆様に感謝申し上げます。

利益相反

本研究に開示すべき利益相反はない。

引用文献

- 1) 武用百子（2019）：職場で取り組むメンタルヘルスサポート，武用百子（編），いまだきナースのこころサポート—看護管理者が行う職場のメンタルヘルスサポート，17-38，メヂカルフレンド社。

- 2) 石富千瑞, 岩隈美穂 (2020) : 精神科訪問看護師の看護観の形成に関する探索的質的研究, 日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌, 11(2), 28-36.
- 3) 池上辰也, 岡浦真心子, 木下真由美 (2012) : 統合失調症患者の地域定着を目指したチームアプローチ スティグマ・偏見がある地域での生活を目指して, 日本看護学会論文集 精神看護, 42, 7-9.
- 4) 萱間真美 (2007) : 精神科訪問看護の質を高めるサポートシステム, 天賀谷隆, 遠藤淑美, 末安民生, 他(編), 実践 精神科看護テキスト 第12巻, 127-133, 精神看護出版.
- 5) 萱間真美 (2020) : 精神科訪問看護の基本的な考え方, 萱間真美(編), 精神科訪問看護テキスト: 利用者と家族の地域生活を支えるために, 10-15, 中央法規出版.
- 6) 葛島慎吾 (2019) : 精神科訪問看護における看護師の困難さに関する文献検討, 東京女子医科大学看護学会誌, 14(1), 8-14.
- 7) 葛島慎吾, 川村道子 (2021) : 地方で精神科訪問看護を実施する看護師の困難さ～自由記述の質的分析～, 宮崎県立看護大学研究紀要, 21(1), 1-12.
- 8) 厚生労働省 (2020) : 令和 2 年度診療報酬改定について 個別改定項目について. <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000601838.pdf> (2023年3月27日アクセス)
- 9) 小瀬古伸幸 (2019) : 精神疾患をもつ人を、病院でない所で支援するときにはまず読む本 “横綱級”困難ケースにしないための技と型, 11-12, 医学書院.
- 10) 薄井坦子 (編) (1995) : ナイチンゲール言葉集: 看護への遺産 (現代社白鳳選書 16), 19, 現代社.